

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Rapport public initial**

<b>Date d'émission du rapport</b> : 26 septembre 2024	
<b>Numéro d'inspection</b> : 2024-1400-0002	
<b>Type d'inspection</b> : Suivi d'une plainte d'incident critique	
<b>Titulaire de permis</b> : Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville</b> : Caessant Care, ch. McLaughlin, Lindsay	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> L'inspecteur/l'inspectrice	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)</b> Les inspecteurs	

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 9 au 13 et du 16 au 20 septembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00084687 - relativement à des allégations de mauvais traitements.
- Plainte : n° 00085297 - relativement à des soins inadéquats à une personne résidente.
- Plainte : n° 00096631 - relativement à des allégations de mauvais traitements.
- Plainte : n° 00096803 - relativement à des allégations de mauvais traitements.
- Plainte : n° 00096882 - relativement à des allégations de mauvais traitements.
- Plainte : n° 00097546 - relativement à des soins inadéquats à une personne résidente.
- Plainte : n° 00110864 - relativement à des préoccupations quant aux soins fournis à une personne résidente

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- Plainte : n° 00117337 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 009/2024-1400-0001, LRSLD (2021), al.28 (1) 2. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas
- Plainte : n° 00117338 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 001 / 2024-1400-0001, LRSLD (2021), par. 6 (1)
  - (a) Programme de soins
    - Plainte : n° 00117339 - suivi n° 2 de l'ordre de conformité n° 001 / 2023-1400-0004, Règl. de l'Ont. 246/22, par. 147 (2) Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments, frais de réinspection de 500 \$.
    - Plainte : n° 00117340 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 002 / 2024-1400-0001, par. 6 (4) de la LRSLD (2021),
      - (a) Programme de soins.
        - Plainte : n° 00117341 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 003 / 2024-1400-0001, par. 24 (1) de la LRSLD (2021),  
Obligation de protéger.
          - Plainte : n° 00117342 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 008/2024-1400-0001, LRSLD (2021), al. 27 (1)(a) (i) Rapport et plaintes.
          - Plainte : n° 00117343 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 005 / 2024-1400-0001, Règl. de l'Ont. 246/22, al. 55 (2)
            - (b) (ii) Soins de la peau et des plaies.
              - Plainte : n° 00117344 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 006 / 2024-1400-0001, s.-al. 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins de la peau et des plaies.
              - Plainte : n° 00117345 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 007/2024-1400-0001, s.-al. 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins de la peau et des plaies.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- Plainte : n° 00117346 - suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 004 / 2024-1400-0001, s.-al. 55 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins de la peau et des plaies.

### **Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 009 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à l'alinéa 6 (1) (a) de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2023-1400-0004 relative à la disposition 147 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à l'alinéa 6 (4) (a) de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 003 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative au paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 008 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à l'alinéa 27 (1) (a)

(i) de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 005 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à la disposition 55 (2)

(b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 006 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à la disposition 55 (2)

(b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 007 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à la disposition 55 (2)

(d) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 004 découlant de l'inspection n° 2024-1400-0001 relative à la disposition 55 (2)

(b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant  
cette inspection :

Prévention et prise en charge des lésions épidermiques  
et des plaies (Skin and Wound Prevention and  
Management)  
Soins liés à l'incontinence (Continence Care)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes  
(Resident Care and Support Services)  
Gestion des médicaments (Medication Management)  
Prévention et contrôle des infections (Infection  
Prevention and Control)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
(Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and  
Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 - avis écrit remis aux termes de la  
disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : 24 (1) de la LRSLD (2021)**

Obligation de protéger

24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée  
protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui  
que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet  
d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre un  
mauvais traitement de la part du personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur, faisant état d'un incident présumé de mauvais traitement qui aurait été observé.

Les notes d'enquête interne de l'établissement de soins de longue durée indiquent qu'un membre du personnel a entendu des cris provenant de la chambre d'une personne résidente. Lorsque ce membre du personnel est entré dans la chambre de la personne résidente, il a vu les bras de cette dernière immobilisés par un membre du personnel agréé pendant qu'il s'occupait d'elle. La personne résidente continuait à crier et à tenter de refuser les soins.

Le programme de soins stipule que la personne résidente concernée est réticente aux soins en raison de troubles cognitifs. Le programme de soins prévoyait une intervention, à savoir partir et revenir dans 5 à 10 minutes si la personne résidente refusait les soins.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des soins des personnes résidentes (CSPR) a indiqué qu'un membre du personnel avait entendu des cris et avait vu les bras de la personne résidente maintenus de force en position basse par un membre du personnel autorisé pendant les soins. Il lui a alors rappelé que la personne résidente avait le droit de refuser les soins, mais le membre du personnel autorisé en question n'a pas mis fin à son comportement. La ou le CSPR a confirmé que l'allégation de mauvais traitement à l'encontre d'une personne résidente était fondée et que le membre du personnel était censé s'arrêter et faire une nouvelle approche si une personne résidente refusait de recevoir des soins.

Le fait de ne pas avoir protégé une personne résidente contre les mauvais traitements de la part du personnel a mis en péril la santé et le bien-être de la personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources** : Rapport du SIC, Notes d'enquête interne du foyer de SLD, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec la ou le CSPR.

**AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 002 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitement d'une personne résidente par le personnel soit immédiatement signalé à la directrice ou au directeur.

**Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur, faisant état d'un incident présumé de mauvais traitement qui aurait été observé. Les notes d'enquête interne du foyer de soins de longue durée (SLD) indiquent qu'une personne résidente a été témoin de l'incident à une date précise et qu'elle l'a signalé plus de deux semaines après à la coordinatrice ou au coordonnateur des soins aux personnes résidentes (CSPR).

La ou le CSPR a confirmé que le membre du personnel n'avait signalé l'incident que plus de deux semaines plus tard et a indiqué que le

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

membre du personnel était en formation et avait peur d'en parler à qui que ce soit.

Le fait de ne pas signaler immédiatement un incident de mauvais traitement d'une personne résidente de la part du personnel a créé un risque d'aggravation des mauvais traitements.

**Sources** : Rapport du SIC, Notes d'enquête interne du foyer de SLD, entretien avec la ou le CSPR.

### **AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES**

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de prévention et de gestion des chutes lorsqu'une personne résidente a subi une chute sans témoin.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que son programme de prévention et de gestion des chutes comprend, au minimum, des stratégies efficaces pour réduire ou atténuer le risque de chute, et que ce programme est suivi. Plus précisément, un membre du personnel autorisé n'a pas respecté la politique « Post Fall Head Injury Routine Procedure » (contrôle systématique de traumatisme crânien après une chute) incluse dans le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur, faisant état de soins prodigués de façon inappropriée ou incompétente par le personnel à une personne résidente.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente et l'évaluation après la chute indiquent que la personne résidente a fait une chute sans témoin.

La politique du foyer en matière de procédure de contrôle des traumatismes crâniens après une chute stipule que le personnel agréé doit exécuter la procédure correspondante après toute chute non observée.

L'examen du rapport du SIC et des notes d'enquête a révélé qu'un membre du personnel autorisé n'a effectué cette évaluation que plus tard, le jour de la chute de la personne résidente.

La coordinatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes (CSPR) a confirmé que le membre du personnel autorisé n'avait pas effectué d'évaluation dans le respect de la politique du foyer.

L'absence d'un contrôle de traumatisme crânien immédiatement après la chute sans témoin peut retarder un éventuel traitement, qui peut être nécessaire si les résultats de l'évaluation révèlent un changement d'état.

**Sources** : Rapport du SIC, notes d'évolution de la personne résidente, évaluation de la personne résidente après la chute, procédure de contrôle des traumatismes crâniens après chute, notes d'enquête, et entretien avec la ou le CSPR.

**AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**



**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 004 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait plusieurs zones d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

**Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur pour un incident présumé de mauvais traitement d'une personne résidente, qui lui aurait causé un préjudice.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente et du rapport du SIC indique que la personne résidente a fait une chute sans témoin.

Un examen des évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente a révélé que la blessure cutanée avait été ajoutée au dossier médical et évaluée à une date précise, et que la première réévaluation avait eu lieu deux semaines après l'évaluation initiale. La réévaluation de la plaie a indiqué que son état se dégradait.

Un membre du personnel autorisé a reconnu, en revoyant le dossier, qu'aucune réévaluation de la peau et des plaies n'avait été effectuée avant un délai de deux semaines après la survenue de l'atteinte épidermique. Le personnel agréé a confirmé que le foyer s'attend à ce que des évaluations de la peau et des plaies soient effectuées au

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

moins toutes les semaines pour toutes les plaies constatées.

L'absence de réévaluation hebdomadaire de la peau d'une personne résidente peut avoir retardé le traitement lorsque la plaie de la personne résidente s'est dégradée.

**Sources :** Rapport du SIC, notes d'évolution de la personne résidente, évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente et un entretien avec un membre du personnel autorisé.

### **AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

(c) (c) des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente manifestait des comportements réactifs, il soit procédé à une réévaluation à l'aide du système d'observation de la démence (BSO-DOS) du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), recommandé pour surveiller l'efficacité des changements de médication.

#### **Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur pour un incident présumé de mauvais traitement d'une personne résidente, qui lui aurait causé un préjudice.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Les notes d'évolution de la personne résidente et l'analyse du BSO-DOS à une date précise ont permis de prescrire la répétition du BSO-DOS à une date précise afin de contrôler l'efficacité d'une intervention pour cause de comportement réactif.

Un examen du dossier médical électronique et physique de la personne résidente a révélé que le BSO-DOS n'avait pas été répété à la date spécifiée.

Le personnel autorisé et le personnel du Projet OSTC ont confirmé qu'un BSO-DOS aurait dû être effectué à la date spécifiée, mais n'avait pas eu lieu.

Le fait de ne pas réévaluer les interventions liées aux comportements réactifs d'une personne résidente a réduit la capacité du foyer à contrôler l'efficacité des interventions.

**Sources** : Notes d'évolution de la personne résidente, BSO-DOS de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel autorisé et du personnel du Projet OSTC.

## **AVIS ÉCRIT : ALTERCATIONS ET AUTRES INTERACTIONS**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Altercations entre les personnes résidentes et autres interactions  
Art. 59. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

(b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures d'intervention indiquées soient prises pour réduire le risque d'altercations et mettre en œuvre les mesures d'intervention pour

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

éviter les interactions potentiellement nuisibles entre personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Un rapport du système des incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur, faisant état d'un incident présumé de mauvais traitement.

L'examen des notes d'évolution fait état d'un incident de mauvais traitement présumé d'une personne résidente par une autre à une date donnée. La personne résidente a été blessée. À la suite de l'incident, une intervention a été instaurée pour que le personnel maintienne les deux personnes résidentes éloignées l'une de l'autre. Trois mois plus tard, la personne résidente a de nouveau été blessée par l'autre personne résidente. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour y faire traiter ses blessures.

Le personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a précisé que les deux personnes résidentes ont été séparées et surveillées après le premier incident. Les comportements des deux personnes résidentes ont été évalués et des interventions ont été mises en place pour que le personnel les maintienne éloignées l'une de l'autre.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des soins des personnes résidentes (CSPR) et le personnel du Projet OSTC ont tous deux confirmé que les interventions prévues à la suite du premier incident étaient en place lors du second incident et que les deux personnes résidentes n'auraient pas dû se trouver à proximité l'une de l'autre.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les interventions prescrites pour réduire le risque d'altercations et d'interactions potentiellement préjudiciables soient mises en œuvre a entraîné un préjudice pour une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources** : Rapport du système des incidents critiques (SIC), notes d'évolution des deux personnes résidentes, outil d'évaluation du comportement (BAT) des deux personnes résidentes et entretien avec les membres du Projet OSTC et la ou le CSPR.

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : al. 108 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Par. 108 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté sur la plainte d'un membre de la famille d'une personne résidente soit examiné et analysé pour en dégager les tendances au moins une fois par trimestre.

#### **Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice ou au directeur, faisant état d'une plainte écrite émanant d'un membre de la famille d'une personne résidente.

La plainte concernait des soins inadéquats fournis à une personne résidente. Le registre des plaintes du foyer de soins longue durée a été examiné et le document de plainte contenant l'allégation de soins inadéquats n'y a pas été consigné.

La directrice générale ou le directeur général a confirmé que la plainte reçue par courriel de la part d'un membre de la famille d'une personne résidente n'a pas été inscrite dans le registre des plaintes et n'a pas été examinée et analysée dans le cadre de l'examen et de l'analyse trimestriels des tendances.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de  
soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

L'absence d'examen et d'analyse d'une plainte émanant d'un membre de la famille d'une personne résidente entraîne le risque de ne pas déceler une tendance.

**Sources** : Registre des plaintes du foyer de SLD, plainte écrite, entretien avec la directrice ou le directeur général.

### AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer des frais de réinspection de 500,00 \$ dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent car il s'agit, au moins, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité l'ordre ou les ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)*.

Deuxième inspection de suivi suivant un ordre de conformité

Le titulaire de permis ne doit PAS payer des frais de réinspection au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer les frais de réinspection.